

GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS  
HOSPITAL SANTA ROSA



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA  
ECONOMÍA PERUANA"

"Madre De Dios. Capital de la Biodiversidad del Perú"

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 099 -2025-GOREMAD/HSRPM

PUERTO MALDONADO, 30 ABR. 2025



VISTOS:

Visto el Memorando N°0347-2025-GOREMAD/HSRPM-DE, de fecha 29 de abril de 2025, el Director Ejecutivo del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, autoriza proyectar la Resolución Directoral de "Aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-2025";

CONSIDERANDO:

Que, mediante los numeral I, II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842- Ley General de Salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo que la protección de la Salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, y que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", con el objetivo de establecer una estructura de normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, con el fin de mejoras continuas de calidad en atención en todos los servicios de salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", con el objetivo de promover la cultura de calidad en todos los establecimientos de Salud o servicios médicos de apoyo del País a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad para la satisfacción de todos sus usuarios;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos".

Que, mediante el "Plan Operativo Institucional 2025 del Hospital Santa Rosa" es considerado un documento de gestión, donde se establecen lineamientos en el marco de la modernización de la Gestión Pública, para el desarrollo de las actividades programadas del año fiscal, se encuentra aprobada la Actividad Operativa "Acciones para la Acreditación Institucional", a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, mediante el Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2025 del Hospital Santa Rosa, donde se encuentra programado la actividad operativa de "Acciones para la acreditación institucional", el cual se establece como actividades trazadoras;

Que, mediante Oficio N° 042-2025-GOREMAD/HSR-UGC, de fecha 29 de abril del 2025, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, remite el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-2025, de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Santa Rosa;

Que, mediante Memorando N° 0347-2025-GOREMAD/HSRPM-DE, de fecha 29 de abril del 2025, el Director Ejecutivo del Hospital Santa Rosa, autoriza su aprobación mediante Acto Resolutivo.

Que, estando a lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, y en uso de las facultades conferidas mediante Ley N° 27783 -Ley de Bases de Descentralización y sus modificatorias; Ley N° 27867 -Ley Orgánica de Gobiernos Regionales con sus modificatorias; y, las facultades Administrativas delegadas mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 209-2023-GOREMAD/GR, de fecha 26 de Julio de 2023; y,

Con las visaciones del Jefe de la Oficina de Administración, Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, y Abogado del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.

SE RESUELVE:

**Artículo 1.- APROBAR**, el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO-2025" el mismo que se adjunta debidamente visado por las oficinas competentes.

**Artículo 2.- ENCARGAR**, a la Oficina de Gestión de la Calidad, como órgano competente, realice la difusión, implementación, monitoreo y supervisión del cumplimiento de la ejecución de las actividades, así como también evaluar el cumplimiento de los objetivos del presente Plan.

**Artículo 3.- ENCARGAR**, al Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente Resolución en cumplimiento de la Ley N° 27806 "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública" y sus modificatorias, en el Portal Institucional: [www.hospitalsantarosa.gob.pe](http://www.hospitalsantarosa.gob.pe).

**"REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE"**

DIRECCIÓN EJECUTIVA  
GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL SANTA ROSA  
DIRECTOR  
Luis Humberto Chávez Celis  
DIRECTOR HOSPITAL SANTA ROSA  
MÉDICO ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 25821 R.N.E. 022704

DISTRIBUCIÓN:  
AUTOGRAFA (02)  
DIR.EJ/HSRPM (01)  
OA/HSRPM (01)  
OPE/HSRPM (01)  
UEI/HSRPM (01)  
UGC/HSRPM (01)  
LHCHC/FJCM/  
SMLZ/LHPP.

[www.hospitalsantarosa.gob.pe](http://www.hospitalsantarosa.gob.pe)

Teléfonos (051) (082) 571019 y 974944702 ANEXOS 114-115-111  
Jirón Caiamarca N° 171 - Puerto Maldonado

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA  
ACREDITACION DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE  
PUERTO MALDONADO 2025**

## Contenido

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>II. JUSTIFICACIÓN</b> .....	3
<b>III. OBJETIVOS</b> .....	3
<b>3.1. Objetivo General</b> .....	3
<b>3.2. Objetivo Específicos</b> .....	4
<b>IV. ALCANCE</b> .....	4
<b>V. BASE LEGAL</b> .....	4
<b>VI. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN</b> .....	5
<b>6.1. PASOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN:</b> .....	6
<b>6.2. TÉCNICAS A UTILIZAR EN LA EVALUACIÓN:</b> .....	10
<b>6.3. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN:</b> .....	10
<b>VII. ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN</b> .....	10
<b>VIII. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN</b> .....	11
<b>IX. ANEXOS</b> .....	14
<b>9.1 ANEXO N°1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HSRPM</b> .....	14
<b>9.2 ANEXO N°2 CRONOGRAMA PARA LA AUTOEVALUACIÓN:</b> .....	15
<b>9.3 ANEXO N° 03: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN</b> .....	19
<b>9.4. ANEXO N° 04: HOJA DE RECOMENDACIONES</b> .....	20



## I. INTRODUCCIÓN

La autoevaluación es la fase inicial obligatoria para la acreditación, en ese entender el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado viene llevando a cabo el proceso de autoevaluación desde el año 2022, con la finalidad de garantizar que las prestaciones de salud que brindamos a nuestros usuarios cumplan con los estándares de calidad.

El presente Plan de Evaluación Interna en el marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud, propone un cronograma de acciones a desarrollar por el equipo evaluador interno conformado por profesionales y técnicos multidisciplinarios, quienes tendrán la responsabilidad de analizar, valorar y recomendar sobre los procesos que se vienen ejecutando en los servicios, unidades asistenciales y administrativos para sugerir proyectos de mejora continua.

El Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, es un establecimiento de Salud con categoría II-1 otorgada con Resolución Directoral Regional N° 721-2023-GOREMAD/DIRESA de fecha 29 de diciembre del 2023. Se realizó su cuarto proceso de autoevaluación en el año 2024 alcanzado un puntaje de 51% de cumplimiento de los macroprocesos.

Para el presente año, el Hospital se encuentra en proceso de desarrollar su cuarta Autoevaluación con miras a lograr la acreditación. Es ese sentido, el Equipo de Evaluadores internos en coordinación con la Unidad de Gestión de la Calidad elaboran el presente plan como primer paso del proceso de Acreditación del Hospital para el presente año.



## II. JUSTIFICACIÓN

En cumplimiento de lo establecido en la Resolución Ministerial N°456- 2007/MINSA, NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, la Autoevaluación se debe realizar mínimamente una vez al año, iniciando de esta forma con la fase obligatoria del proceso de Acreditación.

En ese sentido, el presente plan tiene por objetivo seguir los pasos establecidos en la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, brindando a la Dirección Ejecutiva del hospital un diagnóstico general de la institución, permitiendo identificar los problemas o debilidades que afectan a la organización, las cuales se constituirán en una oportunidad de mejora, para luego desplegar acciones de mejora a ejecutar durante el presente año.

## III. OBJETIVOS

### 3.1. Objetivo General

Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la acreditación del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.

### 3.2. Objetivo Específicos

- Difundir y sensibilizar al personal asistencial y administrativo sobre la importancia del proceso de la autoevaluación para la acreditación del Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado.
- Verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de evaluación de los diferentes macroprocesos de acreditación del Hospital de Santa Rosa de Puerto Maldonado.
- Desarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.
- Realizar el seguimiento de las acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.

### IV. ALCANCE

El presente Plan es de conocimiento y cumplimiento obligatorio por el equipo de Acreditación, Evaluadores internos y Unidades de Organización del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.



### V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - Ley General de la Salud, y su modificatoria Ley N° 27604 - Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- Ley N° 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 072-2008/MINSA "Norma técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.



- Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para a evaluación de la Satisfacción del Usuario externo en los Establecimientos y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021 MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.
- Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA, que aprueba la Guía técnica para la categorización de Establecimientos del Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud.
- Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica.
- Resolución Ministerial N° 1134-2017 /MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la Gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Directoral Regional N° 721-2023-GOREMAD/DIRESA de fecha 29 de diciembre del 2023 otorga la Categorización del hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, con nivel de complejidad de Categoría II-1.
- Resolución Directoral N° 019-2025-GOREMAD/HSRPM, que aprueba la conformación del Equipo Técnico de Acreditación de Establecimiento de Salud del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado para el periodo 2025.
- Resolución Directoral N°055-2025-GOREMAD/HSRPM, que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación de Establecimientos de Salud del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado para el periodo 2025.

## VI. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

La Autoevaluación es la fase de inicio para la Acreditación y está a cargo del equipo de evaluadores internos, los cuales cuentan con el entrenamiento respectivo.

El Hospital, al ser un establecimiento de Salud con categoría II-1, utilizará para el proceso de autoevaluación el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud II-1 aprobados con Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA NTS N°0S0-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

El Listado de estándares de acreditación para Establecimientos de Salud II-1 contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el establecimiento, y están conformados por un total de 20 macroprocesos, 68 estándares, y 328 Criterios de evaluación, tal como se observa en la Tabla:

**RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1. Direccionamiento	2	11
2. Gestión de recursos humanos	4	11
3. Gestión de la calidad	3	22
4. Manejo del riesgo de atención	8	50
5. Emergencias y desastres	3	21
6. Control de la gestión y prestación	2	15
7. Atención ambulatoria	4	17
8. Atención extramural	4	13
9. Atención de hospitalización	7	26
10. Atención de emergencias	3	14
11. Atención quirúrgica	4	24
12. Docencia e Investigación	2	15
13. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14. Admisión y alta	4	16
15. Referencia y contrarreferencia	4	13
16. Gestión de medicamentos	3	15
17. Gestión de la información	3	14
18. Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19. Manejo del riesgo social	2	6
20. Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21. Gestión de insumos y materiales	2	8
22. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>361</b>



**6.1. PASOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN:**

**A. Conformación del Equipo Técnico de Acreditación y de Evaluadores Internos para la Acreditación elaboración de cronogramas de reuniones:**

- La Dirección Ejecutiva dispone de la conformación de un Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos oficializados con Resolución Directoral N° 019-2025-GOREMAD/HSRPM y Resolución Directoral N° 055-2025-GOREMAD/HSRPM respectivamente.
- Los evaluadores internos están conformados por equipos según Macroprocesos.
- Cada equipo tendrá un coordinador elegido democráticamente, siendo recomendable otorgarlo a la persona de mayor experiencia.
- Cada equipo formulará su cronograma de reuniones presenciales o virtuales y planificará la autoevaluación en el cumplimiento de los criterios en el Macroproceso designado, dentro del plazo designado para la Autoevaluación.
- Cada equipo de evaluadores internos coordinará con cada área involucrada en los estándares de calidad establecidos y realizará la Autoevaluación en el hospital.

**B. Difusión de la Autoevaluación para la Acreditación del HSRPM:**

- Con el apoyo del área de RRPP se difundirá el proceso de Acreditación.
- La Unidad de Estadística e Informática ingresará en la página web institucional del hospital: a) Banner sobre la Autoevaluación y b) Acceso directo sobre Acreditación, en donde se podrá observar información sobre los evaluadores internos, normativas vigentes y Plan generado para la Acreditación.
- Se hará uso al Link del proceso de acreditación del HSRPM para elevar información relevante.

**C. Sensibilización sobre el proceso de Acreditación al Equipo de Gestión del Hospital:**

- A cargo del Equipo de Acreditación, quien realizará la actividad de sensibilización previa, a través de la difusión de banners y posters en la página web del HSRPM en coordinación con la Dirección Ejecutiva.
- Consolidará los reportes acerca del avance de las observaciones y recomendaciones producto de la evaluación del 2024 y las dispondrá al equipo de evaluadores.

**D. Revisión y/o Reformulación de Instrumentos de recolección de información, si fuese necesario:**

- Esta actividad se realizará por cada macroproceso y su duración no deberá exceder las dos semanas.
- Al momento de definir las fuentes auditables por macroprocesos se debe estandarizar las fuentes auditables y las autoevaluaciones.

**E. Preparación de materiales:**

Culminada la revisión, el coordinador de cada macroproceso entregará al Equipo de Acreditación sus requerimientos (instrumentos para la recolección de datos u otros), para iniciar el proceso de Autoevaluación.

**F. Aprobación del Plan de Autoevaluación:**

Se remitirá el Plan a las instancias correspondientes, para su revisión y posterior aprobación con Resolución Directoral como lo indica la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

**G. Comunicación del Inicio de la Autoevaluación:**

Acción que es obligatoria y comunicada de forma oficial por conducto regular a través de la Unidad de Gestión de Calidad – Dirección Ejecutiva a la DIRESA MDD.

**H. Etapa de Análisis de Mejoras:**

Actividad para determinar las áreas con fortalezas y otras por mejorar sus procesos. Se entregará a cada Departamento, Servicio, Órgano o Unidad Orgánica del hospital los criterios de Acreditación a evaluar. El equipo de evaluadores internos y las áreas involucradas revisarán los resultados del informe final de autoevaluación del 2024 y se verificará si cada área cumple o mantiene los criterios de evaluación del Listado de Estándares según opciones de calificación.

**I. Reunión de apertura:**



Consiste en el desarrollo de una reunión presencial con la Dirección Ejecutiva, Jefes y responsables del proceso de cada Área/Unidad Funcional/Departamento involucrados con los macroprocesos a fin de socializar la fase de autoevaluación, presentar al equipo de evaluadores internos, confirmar el plan de autoevaluación, establecer fecha y hora de cierre de la evaluación y ratificar los compromisos de participación de las áreas a través de los responsables de interactuar en relación a los Macroprocesos.

#### **J. Etapa de Autoevaluación de los Macroprocesos**

Esta actividad será desarrollada en un intervalo de cuatro (04) semanas a cargo del Equipo de evaluadores internos, que coordinará con las Jefaturas de los Servicios involucrados en los Macroprocesos a evaluar, a fin de definir fecha y hora, siendo el acuerdo de obligatorio cumplimiento por ambas partes, salvo situaciones inesperadas que deberán ser comunicadas oportunamente por el responsable del área evaluada designado(a) por la Dirección hacia el coordinador del macroproceso.

##### **Ejecución de la Autoevaluación:**

La calificación de cada criterio del estándar será otorgada por consenso del equipo de evaluadores internos, para ello se utilizará la escala de calificación considerada en el Listado de estándares de acreditación, la misma que es de 0, 1 o 2.

**Recolección de información (1ra fase):** Consiste en el desarrollo, reuniones presenciales con los responsables del proceso de cada Área / Unidad Funcional /Departamento, con el que deben interactuar y solicitar información (fuentes auditables) de acuerdo a los instrumentos para la evaluación por cada macroproceso, el cual deberán ser remitida de forma digital, vía electrónica al correo que les indique el equipo de evaluadores internos.

**Ejecución de la Autoevaluación (2da Fase):** Consiste en la revisión exhaustiva de las fuentes auditables remitidos por cada Área / Unidad Funcional/Departamento, nivel de cumplimiento, identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento. Solo se hará la visita de campo para asuntos puntuales de evaluación, observación y revisión de procesos.

#### **K. Reunión de Cierre**

Comprende el desarrollo de reuniones presenciales con la Dirección Ejecutiva, Jefes, Evaluadores Internos y responsables del proceso de cada Área/Unidad Funcional/Departamento/Direcciones involucrados en los macroprocesos, a fin de realizar un análisis preliminar de resultados, retroalimentación sobre el cumplimiento de los criterios de evaluación, precisiones respecto al cumplimiento de los criterios de evaluación y determinar la fecha de entrega del informe técnico de Evaluación.

#### **L. Entrega de informes de los resultados por cada macroproceso para el ingreso al software:**

- Cada equipo de autoevaluadores elaborará un informe con sus actividades y resultados encontrados que serán entregados en los formatos establecidos para tal fin.
- Se ingresará la información obtenida en el Aplicativo del Sistema de Acreditación del MINSa.



#### **M. Elaboración del informe final de Autoevaluación:**

A cargo del evaluador líder, coordinadores de equipos de autoevaluación y Equipo de Acreditación. Etapa de análisis de los resultados obtenidos por cada Macroproceso, el cual deberá contener la siguiente estructura:

- 1) Presentación.
- 2) Objetivos.
- 3) Alcance.
- 4) Metodología de evaluación.
- 5) Equipo evaluador.
- 6) Cumplimiento del Plan.
- 7) Observaciones.
- 8) Puntaje alcanzado.
- 9) Recomendaciones.
- 10) Anexos.

#### **N. Calificación de la evaluación:**

Si en el proceso de Autoevaluación se consigue una puntuación igual o mayor a 85%, se elevará el expediente y solicitará la evaluación externa a la autoridad competente. Si el puntaje es menor a 85%, se realizará levantamiento de observaciones, con puesta en marcha de planes de mejora y una nueva autoevaluación en 06 meses.

Los resultados de la evaluación externa se calificarán como sigue:

- Acreditado: Calificación igual o mayor al 85% del cumplimiento de los estándares.
- No acreditado: Menos del 85% del cumplimiento de los estándares.

En el caso de que la evaluación externa califique al Hospital como NO ACREDITADO, los plazos y procedimientos de evaluación que se debe cumplir para lograr la acreditación son los siguientes:

- Puntaje obtenido entre 70% y menor de 85% de los estándares: Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse a la evaluación externa en un plazo máximo de seis meses.
- Puntaje obtenido entre 50% y menor de 70% de los estándares: Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse nuevamente a una evaluación externa en un plazo máximo de nueve meses.
- Puntaje menor a 50% de los estándares: Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y reiniciar el proceso desde la autoevaluación.

#### **O. Socialización de los resultados:**

Esta actividad será coordinada por el Equipo de Acreditación a la Dirección Ejecutiva a fin de definir la fecha y el espacio en las reuniones de gestión o donde estime conveniente en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejora continua de la calidad y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.



## 6.2. TÉCNICAS A UTILIZAR EN LA EVALUACIÓN:

### TÉCNICAS A UTILIZAR EN LA EVALUACIÓN:

Las técnicas a utilizar son:

- 1.1. **Verificación / Revisión de documentos:** Importante para obtener información y analizar los registros e informes de la Institución.
- 1.2. **Observación:** Se obtiene información de forma directa del desenvolvimiento del personal en la práctica. Observa a las personas y entorno.
- 1.3. **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa mediante una conversación profesional, para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- 1.4. **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- 1.5. **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de Acreditación.
- 1.6. **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.



## 6.3. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN:

### INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN:

- Guía del Evaluador.
- Lista de Estándares de Acreditación, aprobado con Resolución Ministerial N°491-2012/MINSA:
  - Anexo A: Estructura de listado de estándares de Acreditación.
  - Referencias Normativas.
- Formatos para la Autoevaluación:
  - Anexo B: Hojas de Registro de Datos para la Evaluación y de Recomendaciones.
  - Fuentes Auditables.
- Aplicativo para el registro de resultados.

Posteriormente a la evaluación del Listado de estándares de acreditación, el equipo de evaluadores internos ingresará los puntajes obtenidos en el aplicativo "Acreditación del Ministerio de Salud", a fin de obtener el puntaje del proceso.

## VII. ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

Las actividades a realizarse en la Autoevaluación 2024 del HSRPM según objetivos propuestos son los siguientes:

- 7.1 **Objetivo N°01: Difundir y sensibilizar al personal asistencial y administrativo sobre la importancia del proceso de la autoevaluación:**

- a) Difusión del proceso de Autoevaluación y Listado de Estándares de Acreditación.
- b) Reunión de apertura del proceso de Autoevaluación.
- c) Designación de responsables para interactuar con el Equipo de Evaluadores internos.
- d) Difusión del Plan de autoevaluación.
- e) Comunicación del inicio de autoevaluación a la DIRESA MDD.

**7.2 Objetivo N°02: Verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de evaluación de los diferentes macroprocesos de acreditación:**

- a) Revisión de la herramienta para la autoevaluación del HSRPM.
- b) Aplicación del Listado de estándares de acreditación.
- c) Procesamiento de datos y análisis de resultados.

**7.3 Objetivo N°03: Desarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación**

- a) Reunión de cierre del proceso de autoevaluación.
- b) Elaboración del informe técnico de autoevaluación.

**7.4 Objetivo N°04: Realizar el seguimiento de las acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.**

- a) Resultados del proceso de autoevaluación.
- b) Informe de seguimiento de acciones de mejora del proceso de autoevaluación.

En la sección anexos se presenta el Cronograma de actividades del plan de autoevaluación 2025 (Anexo N°01) y Cronograma de Autoevaluación 2025 (Anexo N°02) del Hospital.

**VIII. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN**

El HSRPM en cumplimiento de la normativa vigente sobre el proceso de acreditación, conformó el Equipo de Evaluadores Internos y solicitó su aprobación con Resolución Directoral, designado para ser miembro del Equipo de Evaluadores Internos 2025.

En ese sentido, los Equipos de Acreditación y Evaluadores Internos del HSRPM, los cuales han sido conformados con Resolución Directoral son:



### Equipo Técnico de Acreditación 2025 del HSRPM

NOMBRES Y APELLIDOS	RESPONSABLES
<b>COORDINADOR</b>	
M.C. Luis Humberto Chávez Celis.	Director del HSR.
<b>MIEMBROS</b>	
Ing. Francisco Javier Carhuarupay Miranda.	Jefe (e) de la Oficina de Administración
Lic. Obst. Silvia María Luza Zegarra	Jefa (e) de la Oficina de Planeamiento Estratégico
Lic. Obst. Silvia María Luza Zegarra	Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
M.C. Pamela Del Pilar Álvarez González	Jefa de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
Sr. Néstor Rey Muñoz Saldívar	Jefe de la Unidad de Estadística e Informática.
Abog. Nelcy Magali Luna Antas	Jefe de la Unidad de Personal
CPC. Anali Yalut Portilla Garrido	Jefa de la Unidad de Economía
CPC. Juan Willy Huallpa Mirano	Jefe de la Unidad de Logística
Bach. Ing. Alfonso Alejandro Sevilla Hidalgo	Jefe de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento
M.C. Jesualdo Condori Mamani	Jefe de la Unidad de Seguros
M.C. Vladimiro Bonino Solorzano	Jefe del Departamento de Medicina
M.C. Wilfredo Barrios Carpio	Jefe del Departamento de Pediatría
M.C. Pio Celedonio Cardenas Urquizo	Jefe del Departamento de Gineco – Obstetricia
M.C. Pedro Soncco Sanchez	Jefe del Departamento de Cirugía
M.C. Benedicta Emperatriz Morales Valdivia	Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
M.C. Rosa María Lidia Castro Pinto	Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes
M.C. Héctor Ricardo Gutiérrez Menéndez	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
M.C. Willy Ronald Rubin De Celis Vicente.	Jefe del Departamento de Consultorio Externo y Hospitalización
Blga. Rita Jessica Palacios Castañeda	Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
Lic. Enf. Emperatriz Jesusa Huamanchau Ccorahua	Jefe del Departamento de Enfermería
Q.F. Alex Orlando Pérez Medina	Jefe del Servicio de Farmacia
Lic. T.M. Aurora Bustamante Nunton	Jefe del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación
Lic. Nut. Marschya Mary Torres Calizaya	Jefe del Servicio de Nutrición
Lic. Mónica Carmen Ramos Cárdenas	Jefe del Servicio Social



### Equipo de Evaluadores Internos 2025 del HSRPM

MACROPROCES	NOMBRES Y APELLIDOS
<b>Direccionamiento</b>	Lic. Héctor Agustín Mamio Imano
<b>Gestión de Recursos Humanos</b>	Lic. Adm. Norka Saruma Alarcon Manrique
<b>Gestión de la Calidad</b>	Tec. Marleny Soto Huillca
<b>Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)</b>	M.C. Helber David Ccosi Tito
	Lic. Enf. Irene Anaya Bravo
	Tec. Percy Alberto Chuco Yupanqui
	Lic. Enf. Gladys Margarita Ticona Casani.
	Lic. Enf. Judy Flores Fernandez
	Lic. Enf. Jesús Tadea Berrocal Escate
	Lic. Enf. Rocio del Carmen Sinuiri Isuiza
	Lic. Enf. Rosario Gamarra Soto
	Lic. Enf. Rayza Haydee Ramirez Zegarra
	Lic. Enf. Gladys Filonila Rivera Mamani
	Lic. Obst. Sonia Liz Astocaza Chávez
	Lic. T.M. Zenon Balbin Archi
	<b>Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD) y Referencias y Contrareferencias.</b>
	Tec. Enf. Lilian Mercedes Saldaña Campos
	Ing. Nimia Edit Loayza Muñoz
<b>Control de Gestión y Prestación (CGP)</b>	Bach. Henry Flores Racua
<b>Atención Ambulatoria (ATA) y Admisión y Alta (ADA)</b>	Sr. José Mario Alvaro Díaz
	Lic. Enf. Catherine Vizcarra Santa Cruz
	Sr. Omar Alfonso Soto Paz
	Sr. José Mario Alvaro Díaz
	Lic. Enf. Catherine Vizcarra Santa Cruz
	Sr. Omar Alfonso Soto Paz
	Lic. Enf. Irene Anaya Bravo
	Tec. Percy Alberto Chuco Yupanqui
	Lic. Enf. Gladys Margarita Ticona Casani.
	Lic. Enf. Judy Flores Fernandez
	Lic. Enf. Jesús Tadea Berrocal Escate
	Lic. Enf. Rocio del Carmen Sinuiri Isuiza
	Lic. Enf. Rosario Gamarra Soto
	Lic. Enf. Rayza Haydee Ramirez Zegarra
	Lic. Enf. Gladys Filonila Rivera Mamani
	Lic. Obst. Sonia Liz Astocaza Chávez
	Lic. T.M. Zenon Balbin Archi
	Lic. Enf. Gloria Francesca Valencia Tejada.
	Q.F. Genoveva Esperanza Quispesayhua Tuni
	M.C. Willy Ronald Rubin de Celis Vicente
	Lic. Enf. Mery Ayda Durand Auca
	Lic. Enf. Norma Janeth Rivera Martínez
	Lic. Enf. Julio Carbajal Gutiérrez
	M.C. Klever Cronhuell Alarcon Manrique
	M.C. Claudia Ingrid Cayetano Zevallos
	Q.F. Pilar Antonieta Peña Schwarman
	CPC. Yajaira Mayra Paredes Juarez
	Sr. Omar Alfonso Soto Paz
	Lic. Enf. Norma Yira Pereyra Itapoy
	Lic. Alicia Rodríguez Acero



IX. ANEXOS

9.1 ANEXO N°1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HSRP™  
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN DEL HSRP™ 2024

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	META	TRIMESTRES														
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Difundir y sensibilizar al personal asistencial y administrativo sobre la importancia del proceso de la autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación del hospital	Dirección Ejecutiva	RD	1															
	Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del hospital	Dirección Ejecutiva	RD	1															
	Difusión del proceso de Autoevaluación y Listado de Estándares de Acreditación	Equipo de Acreditación Unidad de Gestión de la Calidad	Memorando Circular	1															
	Reunión de apertura del proceso de Autoevaluación	Equipo de Acreditación Unidad de Gestión de la Calidad	Acta	1															
	Designación de responsables para interactuar con el Equipo de Evaluadores internos	Unidades de Organización	Informe	22															
	Difusión del Plan de autoevaluación	Unidad de Gestión de la Calidad	Memorando Circular	1															
	Comunicación del inicio de autoevaluación a la DIRESA	Dirección Ejecutiva	Oficio	1															
	Revisión de la herramienta para la autoevaluación del HSRP™	Equipo de Evaluadores internos	Acta	1															
	Aplicación del Listado de estándares de acreditación	Equipo de Evaluadores internos Unidad de Gestión de la Calidad	Hoja de registro de autoevaluación	22															
	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Equipo de Evaluadores internos	Reporte de Aplicativo de autoevaluación	1															
Desarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.	Reunión de cierre del proceso de autoevaluación	Equipo de Evaluadores internos Unidad de Gestión de la Calidad	Acta	1															
	Elaboración del informe técnico de autoevaluación	Equipo de Evaluadores internos Unidad de Gestión de la Calidad	Informe	1															
	Socialización de los resultados.	Equipo de Acreditación	Informe	1															
Realizar el seguimiento de las acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.	Informe de seguimiento de acciones de mejora del proceso de autoevaluación	Unidad de Gestión de la Calidad	Informe	1															







<p><b>12. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>  Evaluación si la institución desarrolla actividades de docencia e investigación de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos por los organismos reguladores e institucionales, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos.</p>	<p>02</p>	<p>14</p>	<p>Lic. Gladys Rivera Mamani (*)  Marleny Soto Huillica</p>	<p>DIAGNOSTICO POR  IMAGENES  PATOLOGIA CLINICA  ANATOMIA  PATOLOGIA</p>	<p>BANCO DE SANGRE /</p>						
<p><b>13. APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b>  Evaluación si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad.</p>	<p>03</p>	<p>11</p>	<p>MC Claudia Ingrid Cayetano Zevallos (*)  Lic. Zenon Balbin Archi</p>								
<p><b>14. ADMISIÓN Y ALTA</b>  Evaluación si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar</p>	<p>04</p>	<p>16</p>	<p>M.C. Willy R. Rubin De Celis Vicente (*)  Lic. Jesus Tadea Berrocal Escate</p>								
<p><b>15. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>  Evaluación si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios y si contribuye a solucionar los problemas de salud de la población con trabajo en equipo y buscando la participación activa de la comunidad organizada.</p>	<p>04</p>	<p>10</p>	<p>Lic. Rocio del Carmen Sinuiri Isuiza (*)  Tec. Lilian Mercedes Saldafia Campos</p>								
<p><b>16. GESTIÓN DE MEDICAMENTOS</b>  Evaluación si la organización suministra los servicios de hospitalización, ambulatorio y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes.</p>	<p>03</p>	<p>15</p>	<p>QF Pilar A. Peña Shwarman (*)  CPC Yajaira Mayra Paredes Juarez</p>								
<p><b>17. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>  Evaluación si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.</p>	<p>03</p>	<p>14</p>	<p>Sr. Omar Alfonso Soto Paz (*)</p>								





**9.3 ANEXO N° 03: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN**

**Establecimiento de Salud:**.....

**Macroproceso:**.....

**Evaluador(es):**.....

**Fecha:**.....

**Servicios Evaluados:**.....

**Participantes de la evaluación:**.....

**Código del Estándar:**.....



Código criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje

**9.4. ANEXO N° 04: HOJA DE RECOMENDACIONES**

**Evaluador(es):**

**Fecha:**

**Servicios Evaluados:**



Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones